

чні ознаки гемічної гіпоксії, порушення обмінних процесів і можливих імунних дисфункцій в крові хворих на пізні форми сифілісу.

**Висновок:** при тривалій терапії сифілісу з застосуванням високих курсових доз антибіотиків

необхідно проводити комплекс лікувальних заходів для досягнення фізіологічного рівня MetHb в крові. Перспективою подальших досліджень є корекція згаданих змін за допомогою ліпосомальних препаратів

## Особливості клінічного перебігу розацеа та atopічного дерматиту в південній та північній областях України

Бочаров В. А.<sup>†</sup>, Михайлюк К. А.<sup>†</sup>, Іванова М. О.<sup>†</sup>, Куц Л. В.<sup>‡</sup>,  
Анас Аталла Салем Сарайрех<sup>‡</sup>

<sup>†</sup> Одеський національний медичний університет

<sup>‡</sup> Сумський державний університет

**Мета роботи** – з'ясувати вплив факторів зовнішнього середовища на перебіг розацеа та atopічного дерматиту у хворих, які мешкають в Одеській та Сумській обл. України.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилося 61 хворий на розацеа (29 мешканців Одеської обл., 32 – Сумської) та 34 хворих на atopічний дерматит, ускладнений периоральним дерматитом (відповідно, 18 та 16 із цих областей України), у яких в анамнезі чітко прослідковувалися впливи факторів зовнішнього середовища на хронічний перебіг дерматозу. Статистична обробка результатів обстежень проводилася за допомогою ліцензованої комп'ютерної програми «*Statistic 6.0*».

**Результати та обговорення.** Достовірно частіше у цих двох регіонах України як на розацеа, так і на atopічний дерматит, ускладнений периоральним дерматитом, хворіли особи жіночої статі: в Одеській обл. ці діагнози встановлено відповідно у 72,4 % та 83,3 % у обстежених жінок, проти 27,6 % та 16,7 % – у чоловіків ( $p < 0,01$  –  $0,001$ ); в Сумській обл. такі діагнози встановлено, відповідно, у 71,9% та 87,5% жінок і у 28,1% та 12,5% – чоловіків ( $p < 0,01$  –  $0,001$ ). Такий провокуючий фактор, як підвищена інсоляція частіше негативно впливав на перебіг розацеа у хворих з південної (Одеської), ніж з північної (Сумської) областей – відповідно, у 79,3% та 59,4% ( $p < 0,05$ ); негативний вплив аероіритантів (низька температура, вітер)

частіше відмічався у хворих з північної, ніж з південної областей (відповідно, у 40,6% та 20,7 –  $p < 0,01$ ). У хворих на atopічний дерматит підвищене ультрафіолетове сонячне опромінення шкіри обличчя супроводжувалося появою клінічних проявів периорального дерматиту переважно у жінок молодого віку при наявності сухості шкіри (у 21 із 29 – 72,4%); у решти жінок мало негативний вплив на перебіг захворювання використання косметичних засобів (у обох цих регіонах). У осіб чоловічої статі розвиток периорального дерматиту, як ускладнення atopічного дерматиту, провокувався як під впливом інсоляцій, так і зазначених вище аероіритантів.

Відносно дії інсоляції на шкіру обличчя хворих розацеа (що відбувалося частіше навесні або при тривалому перебуванні на сонці влітку) встановлено провокуючий її характер на розвиток еритематозної форми захворювання переважно у жінок старше 40 років та появу у них пасивно розширених судин (із застоєм крові) – так зв. актинічний еластоз.

Незважаючи на різні етіологічні фактори та відмінність клінічних проявів, у патогенезі цих хронічних дерматозів відіграє роль вплив низки близьких патогенетичних механізмів (функціональні порушення з боку нервової, ендокринної, імунної систем, органів травлення та ін.). Близькими також за механізмом негативного впливу на клінічний перебіг цих захворювань є і дія факторів зовнішнього середовища, особливо – підвищеної інсоляції, яка вже на почат-

кових стадія розацеа сприяє фотодинамічному ушкодженню структур шкіри, а при атопічному дерматиті такі механізми спрацьовують на стадії трансформації процесу в нейродерміт. У той же час, збільшення частоти загострень розацеа від підвищеної інсоляції може бути зумовлено і підвищенням рівнів порфіринів в секреті сальних залоз. При цьому захворюванні актинічні впливи (т. з. світлові травми) призводять також до дегенерації еластину, його відокремленню від лімфатичних судин (т. з. хронічний стерильний поверхневий дермальний целюліт) та втрати дренажної функції лімфатичної системи шкіри обличчя. Актинічний еластоз опосередковано детермінує дилатацію не тільки лімфатичних, але й кровоносних судин (тобто, вони ушкоджуються не первинно) і на стадії прерозацеа збільшена кількість еритроцитів в судинній сітці клінічно проявляється еритемою. Сонячним опроміненням ушкоджується не тільки еластин, але й колагенові структури, що може призводити до місцевих імунних порушень (наявність

екстрагованих від лімфоцитів антинуклеарних антитіл та антитіл до колагену 4 типу). У разі дії низьких температур частіше розвивається ціаноз, який також відображає другий етап розвитку розацеа (васкулярний), а аероіританти можуть сприяти накопиченню позасудинної рідини в сосочковому шарі дерми. Таким чином, інсоляції та/чи аероіританти призводять до функціональної недостатності периферичного кровообігу, що, у свою чергу, обумовлює розвиток ангіоневротичних розладів.

**Висновки.** В південних та північних областях України провокуючу роль у виникненні та подальшому хронічному перебігу розацеа та атопічного дерматиту, ускладненого периоральним дерматитом, можуть відігравати як сонячні інсоляції (частіше – в південних регіонах), так і аероіританти, частіше – у північних регіонах). Це потребує урахування при проведенні як лікувальних, так і профілактичних заходів при даних дерматозах.

## Динаміка окремих імунологічних показників у хворих на червоних плоский лишай у процесі комплексного лікування

Бродовська Н. Б.

*Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці*

**Мета роботи** – визначити та проаналізувати динаміку сироваткового вмісту циркулюючих імунних комплексів та окремих показників фагоцитозу у хворих на червоний плоский лишай у процесі комплексного лікування.

**Матеріали та методи:** Під спостереженням перебували 78 хворих на червоний плоский лишай (ЧПЛ), серед них – 61 жінка і 17 чоловіків віком від 23 до 67 років. Серед обстежених пацієнтів у 62 (79,5 %) осіб діагностовано типову форму дерматозу, у 16 (20,5 %) – атипові (цирцинарна, верукозна, лінійна, пігментна) форми червоного плоского лишая із тривалістю дерматозу від 1 до 7 років. У 63 (80,8 %) хворих патологічний процес на шкірі мав поширений характер, у 15 (19,2%) – був обмеженим. У досліджених хворих визначали сироватковий

вміст циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) різних розмірів (великомолекулярні, середньо- та дрібномолекулярні) та показники фагоцитозу – фагоцитарну активність (ФА) і фагоцитарне число (ФЧ) нейтрофілів згідно відомих методів. Контрольну групу склали 34 практично здорові особи (донори) подібного віку й статі. У процесі лікування хворі на червоний плоский лишай були розподілені на 2 групи: I (порівняльна) – 39 хворих, які отримали стандартне лікування; II (основна) – 39 хворих, яким додатково призначали поліензимний препарат (Вобензим), що є комбінацією високоактивних ферментів рослинного (папаїн, бромелаїн, рутин) і тваринного (панкреатин, хімотрипсин, трипсин, амілаза) походження, які мають протизапальну й імуномодулювальну дію, знижують рівень циркулюючих